

# HCPS Showcard Booklet - Spanish

## TARJETA INT0

1= MEXICANO(A), MEXICANO(A) AMERICANO(A) O CHICANO(A)

2= PUERTORRIQUEÑO(A)

3= CENTROAMERICANO(A)

4= SURAMERICANO(A)

5= CUBANO(A) O CUBANO AMERICANO(A)

6= DOMINICANO(A) (DE LA REPÚBLICA DOMINICANA)

7= ESPAÑOL(A) (DE ESPAÑA)

8= OTRO ORIGEN LATINOAMERICANO, HISPANO, LATINO O ESPAÑOL

# TARJETA INT1

1=BLANCO(A)

2=NEGRO(A) O AFRICANO(A) AMERICANO(A)

3= INDIO(A) AMERICANO(A) O NATIVO(A) DE ALASKA (INDIO AMERICANO INCLUYE GRUPOS INDÍGENAS DE AMÉRICA DEL NORTE, CENTRO Y SUR)

4=NATIVO(A) DE HAWAI

5=GUAMEÑO(A) O CHAMORRO

6=SAMOANO(A)

7=TONGANO(A)

8=MARSHALÉS(A)

9=INDIO(A) ASIÁTICO(A)

10=CHINO(A)

11=FILIPINO(A)

12=JAPONÉS(A)

13=COREANO(A)

14=VIETNAMITA

15=OTRA RAZA ASIÁTICA

16=OTRA RAZA NATIVA AMERICANA/INDIA AMERICANA

# TARJETA MED1

1= NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2= LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

3= EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4= PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO /  
TRANSPORTE

5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O  
ENFERMERAS

6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11= LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN

12=OTRA RAZÓN

## **TARJETA MED4**

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

1= NECESITÓ UN PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO

2= ATENCIÓN MÉDICA PARA UNA AFECCIÓN CRÓNICA

3= NECESITABA VER A UN MÉDICO ESPECIALISTA

4= NECESITABA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS

5= ATENCIÓN MÉDICA PARA EL DOLOR

6= PROBLEMA RELACIONADO CON LA SALUD MENTAL

7= ALGUNA OTRA ATENCIÓN MÉDICA

# TARJETA MED1

- 1= NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 2= LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA
- 3= EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA
- 4= PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE
- 5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS
- 6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO
- 7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA
- 8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS
- 9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)
- 10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO
- 11= LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN
- 12=OTRA RAZÓN

# TARJETA ROU1

1= USTED PENSÓ QUE NO ERA IMPORTANTE

2= LE PREOCUPABAN LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA VACUNA

3= SU HIJO(A) ESTABA ENFERMO(A) Y NO PODÍA VACUNARSE EN ESE MOMENTO

4= NO CONFÍA EN LAS VACUNAS/NO CREE EN LAS VACUNAS

5=NO TENÍA CÓMO PAGAR LA ATENCIÓN MÉDICA

6= PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO/TRANSPORTE

7= USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

8= NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

9=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11=OTRA RAZÓN

# TARJETA ROU2

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

3=EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN

12=OTRA RAZÓN

## **TARJETA CON1**

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

1= CAMBIÉ MI ALIMENTACIÓN, LA CANTIDAD DE ALIMENTOS QUE COMÍA O EL HORARIO DE MIS COMIDAS

2= HICE EJERCICIOS

3= ME INSCRIBÍ EN UN PROGRAMA PARA BAJAR DE PESO

4= TOMÉ LAS PASTILLAS DE DIETA QUE ME RECETÓ EL MÉDICO

5= TOMÉ OTRAS PASTILLAS, MEDICAMENTOS, HIERBAS O SUPLEMENTOS QUE NO NECESITABAN LA RECETA DE UN MÉDICO

6= EMPECÉ A FUMAR O VOLVÍ A FUMAR DESPUÉS DE HABER DEJADO DE HACERLO

7= TOMÉ LAXANTES O VOMITABA

8= TOMABA MUCHO AGUA

9=CAMBIÉ LO QUE BEBÍA/ REDUJE MI CONSUMO DE SODAS/BEBIDAS CON AZÚCAR

10=OTRA

## **TARJETA CON2**

## SELECCIONE HASTA 3 TIPOS DE CÁNCER

- 11= VEJIGA
- 2=SANGRE
- 3=HUESO
- 4=CEREBRO
- 5=SENO
- 6=CUELLO UTERINO
- 7=COLON
- 8=ESÓFAGO
- 9=VESÍCULA BILIAR
- 10=RIÑÓN
- 11=LARINJE/TRÁQUEA
- 12=LEUCEMIA
- 13=HÍGADO
- 14=PULMÓN
- 15=LIMFOMA
- 16=MELANOMA
- 17=BOCA/LENGUA/LABIO
- 18=OVARIO
- 19=PÁNCREAS
- 20=PRÓSTATA
- 21=RECTO
- 22=PIEL (NO MELANOMA)
- 23=PIEL (NO SABE EL TIPO)
- 24=TEJIDO BLANDO (MÚSCULO O GRASA)
- 25=ESTÓMAGO
- 26=TESTICULAR
- 27=GARGANTA - FARINGE
- 28=TIROIDES
- 29=ÚTERO
- 30=OTRO

## TARJETA CAN1

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL SERVICIO

3=EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11= LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN

12=OTRA RAZÓN

# TARJETA HEA1

## SHOWCARD HEA1

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2=LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

3=EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11=NO TIENE SEGURO MÉDICO

12=MEDICAID NO CUBRÍA LA ATENCIÓN MÉDICA

13=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN

14=OTRA RAZÓN

## **TARJETA HEA2**

- 1= ME LO DIJO UN AMIGO/FAMILIAR/VECINO
- 2= SU FAMILIA LO(A) TRAJÓ AQUÍ
- 3= UN ANUNCIO EN LA COMUNIDAD
- 4= SE ENTERÓ EN UNA REUNIÓN
- 5= ALGUIEN DEL CENTRO MÉDICO SE COMUNICÓ CON USTED
- 6= POR MEDIO DE SU SEGURO
- 7= SERVICIOS SOCIALES
- 8= UN MÉDICO O DE LA SALA DE EMERGENCIAS
- 9= SE ENTERÓ QUE EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO
- 10= SE ENTERÓ QUE EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES QUE TIENEN SU SEGURO MÉDICO
- 11=OTRO

## **TARJETA HEA3-a**

PUEDE SELECCIONAR UNO O MÁS LUGARES

1= ESTE CENTRO MÉDICO

2= UNA CLÍNICA O UN CENTRO MÉDICO QUE OFRECE SERVICIOS A  
BAJO COSTO A LAS PERSONAS DE BAJOS INGRESOS O SIN SEGURO  
MÉDICO

3= OTRA CLÍNICA O CENTRO MÉDICO

4= CONSULTORIO MÉDICO O UN HMO

5= SALA DE EMERGENCIAS DE UN HOSPITAL

6= DEPARTAMENTO DE PACIENTES EXTERNOS DE UN HOSPITAL

7=UNA INSTALACIÓN OPERADA POR LA ADMINISTRACIÓN DE  
VETERANOS

8=OTRO

9=NO VA A UN LUGAR NORMALMENTE

**TARJETA HEA3-b**

1=Nunca

2=A veces

3=Usualmente

4=Siempre

## **TARJETA HEA4**

1= UBICACIÓN CONVENIENTE

2= HORARIO DE ATENCIÓN CONVENIENTE

3= COBRAN TARIFAS RAZONABLES

4= PUEDE SER ATENDIDO(A) SIN PREVIA CITA O PUEDE CONSEGUIR UNA CITA DE INMEDIATO

5= UNA VEZ QUE ESTÁ ALLÍ NO TIENE QUE ESPERAR MUCHO PARA QUE LO(A) ATIENDAN

6= BRINDAN CUIDADO DE NIÑOS

7= BRINDAN TRANSPORTACIÓN O VALES PARA TRANSPORTACIÓN

8= HAY UNA PERSONA QUE HABLA SU IDIOMA

9= ATENCIÓN DE CALIDAD

10= ES EL ÚNICO CENTRO MÉDICO EN EL ÁREA

11= EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES SIN SEGURO MÉDICO

12= EL CENTRO MÉDICO ACEPTA PACIENTES CON MI SEGURO MÉDICO

13= OTRA RAZÓN

## **TARJETA HEA5**

1= LE LLAMARON PARA HACERLE RECORDAR SU CITA O LA CITA DE ÉL/ELLA

2=ENVÍO DE RECORDATORIOS DE LAS CITAS O SUMINISTROS DE MEDICAMENTOS RECETADOS A TRAVÉS DE MENSAJES ELECTRÓNICOS O DE TEXTO

3= PROPORCIONAN UN SITIO WEB QUE LE PERMITE ADMINISTRAR SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA, TALES COMO HACER CITAS Y REVISAR LOS RESULTADOS DE SUS PRUEBAS.

4= PROPORCIONAN APLICACIÓN MÓVIL QUE LE PERMITE ADMINISTRAR SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA, TALES COMO HACER CITAS Y REVISAR LOS RESULTADOS DE SUS PRUEBAS.

5= USO DE MEDIOS DE COMUNICACIÓN SOCIALES PARA PROPORCIONAR INFORMACIÓN DE SERVICIOS Y CONSEJOS DE ATENCIÓN MÉDICA

6= OTRA FORMA DE COMUNICACIÓN [NO INCLUYA LLAMADAS TELEFÓNICAS, COMUNICACIÓN EN PERSONA O POR CORREO POSTAL]

7=ESTE CENTRO MÉDICO NO PROPORCIONA NINGUNO DE ESTOS SERVICIOS

## **TARJETA INS1**

1=PERDIÓ EL TRABAJO O TRABAJÓ MENOS HORAS

2= CONSIGUIÓ TRABAJO O TRABAJÓ MÁS HORAS

3=CAMBIÓ DE TRABAJO

4=SE CASÓ

5=SE DIVORCIÓ

6=TUVO UN BEBÉ

7=SE ENFERMÓ O SE LESIONÓ

8= CUESTA DEMASIADO

9= REUNIÓ LOS REQUISITOS PARA OTRA COBERTURA

10= DEJÓ DE REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA

11=OTRA RAZÓN

## **TARJETA INS2**

1 =SEGURO A TRAVÉS DEL EMPLEADOR O SINDICATO/'UNION'

2 =SEGURO A TRAVÉS DE UN PLAN ESTATAL HIE O DE UN AGENCIA ESTATAL/FEDERAL

3 = SEGURO QUE COMPRÓ DIRECTAMENTE DE UNA COMPAÑÍA O AGENTE DE SEGUROS

4=MEDICARE

5=MEDICAID, SCHIP, CHIP O ALGUNA OTRA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO PÚBLICO

6=CHAMPUS, TRICARE, CHAMP-VA, VA O ALGÚN OTRO TIPO DE ATENCIÓN MÉDICA MILITAR

7=ALGÚN OTRO TIPO DE COBERTURA

8=NUNCA HA TENIDO COBERTURA

## **TARJETA INS1**

1=PERDIÓ EL TRABAJO O TRABAJÓ MENOS HORAS

2= CONSIGUIÓ TRABAJO O TRABAJÓ MÁS HORAS

3=CAMBIÓ DE TRABAJO

4=SE CASÓ

5=SE DIVORCIÓ

6=TUVO UN BEBÉ

7=SE ENFERMÓ O SE LESIONÓ

8= CUESTA DEMASIADO

9= REUNIÓ LOS REQUISITOS PARA OTRA COBERTURA

10= DEJÓ DE REUNIR LOS REQUISITOS PARA OBTENER COBERTURA

11=OTRA RAZÓN

## **TARJETA PRS1**

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR EL MEDICAMENTO RECETADO

2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR EL MEDICAMENTO RECETADO

3=LA FARMACIA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4= PROBLEMAS PARA IR A LA FARMACIA/ TRANSPORTE

5=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER MEDICAMENTOS RECETADOS

6=NO TENÍAN ESE/ESOS MEDICAMENTO(S) EN LA FARMACIA

7=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE EL MEDICAMENTO

8= NO TENÍA UN LUGAR SEGURO O ADECUADO PARA GUARDAR EL MEDICAMENTO

9=OTRA RAZÓN

## **TARJETA DEN2**

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (RAYOS X)

2=LIMPIEZA DE DIENTES

3=EXAMEN O CHEQUEO

4=TAPAS O EMPASTES DE DIENTES O MUELAS

5=EXTRACCIONES DE DIENTES O MUELAS

6=TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR ('ROOT CANAL')

7=CORONAS

8=PUENTES, DENTADURA POSTIZA, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS O REPARACIONES

9= ORTODONCIA – AJUSTE DE LA MORDIDA/MANDÍBULA, FRENILLOS (BRACES), RETENEDORES (RETAINERS), ETC.

10=PERIODONCIA – POR EJEMPLO, TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

11=ADHESIÓN DENTAL

12=CIRUGÍA

13=OTRO

## **TARJETA DEN1**

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR CUIDADO DENTAL

2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL

3=EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

5=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

6=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

7=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

8=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL

9=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN DENTAL

10=OTRA RAZÓN

## **TARJETA DEN2**

SELECCIONE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN

1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (RAYOS X)

2=LIMPIEZA DE DIENTES

3=EXAMEN O CHEQUEO

4=TAPAS O EMPASTES DE DIENTES O MUELAS

5=EXTRACCIONES DE DIENTES O MUELAS

6=TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR ('ROOT CANAL')

7=CORONAS

8=PUENTES, DENTADURA POSTIZA, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS O REPARACIONES

9= ORTODONCIA – AJUSTE DE LA MORDIDA/MANDÍBULA, FRENILLOS (BRACES), RETENEDORES (RETAINERS), ETC.

10=PERIODONCIA – POR EJEMPLO, TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

11=ADHESIÓN DENTAL

12=CIRUGÍA

13=OTRO

## **TARJETA DEN1**

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR CUIDADO DENTAL

2=LA COMPAÑIA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA O NO PAGABA POR EL CUIDADO DENTAL

3=EL DENTISTA REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

5=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

6=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

7=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

8=TENÍA MIEDO DE IR AL DENTISTA/ MIEDO DEL TRATAMIENTO DENTAL

9=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN DENTAL

10=OTRA RAZÓN

## **TARJETA DEN2**

1=TOMA DE RADIOGRAFÍAS (RAYOS X)

2=LIMPIEZA DE DIENTES

3=EXAMEN O CHEQUEO

4=TAPAS O EMPASTES DE DIENTES O MUELAS

5=EXTRACCIONES DE DIENTES O MUELAS

6=TRATAMIENTO DEL CONDUCTO RADICULAR ('ROOT CANAL')

7=CORONAS

8=PUENTES, DENTADURA POSTIZA, PLACAS, ETC. – YA SEA NUEVOS O REPARACIONES

9= ORTODONCIA – AJUSTE DE LA MORDIDA/MANDÍBULA, FRENILLOS (BRACES), RETENEDORES (RETAINERS), ETC.

10=PERIODONCIA – POR EJEMPLO, TRATAMIENTO POR ENFERMEDAD DE LAS ENCÍAS

11=ADHESIÓN DENTAL

12=CIRUGÍA

13=OTRO

## **TARJETA MEN1**

1=TODO EL TIEMPO

2=CASI TODO EL TIEMPO

3=PARTE DEL TIEMPO

4=POCO TIEMPO

5=NINGUNA VEZ

## **TARJETA MEN3**

1=NO TENÍA CÓMO PAGAR POR LA ATENCIÓN MÉDICA

2=LA COMPAÑÍA DE SEGUROS NO APROBÓ, NO CUBRÍA, O NO PAGABA POR LA ATENCIÓN MÉDICA

3=EL MÉDICO REHUSÓ ACEPTAR EL PLAN DE SEGURO DE LA FAMILIA

4=PROBLEMAS PARA IR AL CONSULTORIO DEL MÉDICO / TRANSPORTE

5=USTED HABLA UN IDIOMA DISTINTO AL DE LOS DOCTORES O ENFERMERAS

6=NO PODÍA OBTENER TIEMPO LIBRE EN SU TRABAJO

7=NO SABÍA DÓNDE ACUDIR PARA OBTENER ATENCIÓN MÉDICA

8=SE NEGARON A PROPORCIONARLE LOS SERVICIOS

9=NO PUDO CONSEGUIR ALGUIEN QUE CUIDARA DE SU(S) NIÑO(S)

10=NO TENÍA TIEMPO, O ELLO LE IBA A TOMAR DEMASIADO TIEMPO

11=SE SENTÍA AVERGONZADO(A)/SE SENTÍA INCÓMODO(A) AL PEDIR AYUDA/ NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN DE SU PROBLEMA

12=LA ADMINISTRACIÓN DE VETERANOS NO CUBRE LA AFECCIÓN

13=OTRA RAZÓN

## **TARJETA SUB1\_ECIG**

1= NUNCA HE PROBADO UN CIGARRILLO ELECTRÓNICO

2= UNA AMISTAD O UN MIEMBRO DE LA FAMILIA LOS USABA

3= PARA TRATAR DE DEJAR DE USAR OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS

4= CUESTAN MENOS QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS

5= SON MÁS FÁCILES DE CONSEGUIR QUE OTROS PRODUCTOS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS

6= PERSONAS FAMOSAS EN TELEVISIÓN O EN LAS PELÍCULAS LOS USAN

7= SON MENOS DAÑINOS QUE OTRAS FORMAS DE TABACO, COMO LOS CIGARRILLOS`

8= ESTÁN DISPONIBLE EN SABORES, COMO MENTA, DULCE, FRUTA O CHOCOLATE

9= SE PUEDEN USAR EN ÁREAS DONDE OTROS PRODUCTOS DE TABACO NO SON PERMITIDOS, COMO LOS CIGARRILLOS

10= SE PUEDEN USAR CON MARIHUANA, THC O ACEITE DE HACHÍS O CERA DE THC

11= LOS USO POR ALGUNA OTRA RAZÓN

## TARJETA SUB1

Bebidas alcohólicas tales como cerveza, vino o licor

Cannabis o marihuana. Estamos preguntando acerca del uso **no médico**.  
A la marihuana también se le conoce como mota, zacate, yerba o hash.

Cocaína. También se le conoce como cocaína en polvo, “crack”, base libre y pasta de coca.

Estimulantes tipo anfetamina. Se les puede conocer como “speed”, éxtasis, “crystal meth” o pastillas de dieta.

Inhalantes. Se les puede conocer como nitrato, pegamento, gasolina, solvente de pintura o tiner.

Sedantes o pastillas para dormir. Estamos preguntando acerca del uso **no médico**. Se les puede conocer como valium, serepax o rohypnol.

Alucinógenos. Se les puede conocer como LSD, ácido, hongos, PCP, éxtasis o “Molly”, también llamado MDMA o “Special K”.

Opioides. Estamos preguntando acerca del uso **no médico**. Se les puede conocer como heroína, morfina, metadona, codeína, Vicodin, hidrocodona, hidromorfona, oximorfona, tramadol y fentanil.

## TARJETA SUB2

1= NO TENÍA COMO PAGARLO

2= NO LO CONOCÍA O NO PODÍA ENTRAR A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO

3= NO TENÍA TIEMPO PARA IR A UN PROGRAMA O NO TENÍA MANERA DE LLEGAR ALLÍ O EL PROGRAMA NO ERA LO SUFICIENTEMENTE CONVENIENTE

4= NO QUERÍA QUE OTRAS PERSONAS SE ENTERARAN QUE TENÍA UN PROBLEMA (EN EL TRABAJO, EN LA COMUNIDAD, ETC.)

5= REALMENTE NO PENSABA QUE EL TRATAMIENTO LE AYUDARÍA

6=OTRA RAZÓN

## **TARJETA PRG1**

1= UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO O UNA RECETA PARA UN MEDICAMENTO O PARA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

2= UNA PRUEBA O UN EXAMEN MÉDICO RELACIONADO CON EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

3= CONSEJERÍA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4= CONSEJERÍA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN

5= UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"

6= CONSEJERÍA O INFORMACIÓN SOBRE UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA, TAMBIÉN CONOCIDO COMO "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"

7= UNA OPERACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

8=OTRO

9=NINGUNO DE LOS MÉTODOS ARRIBA MENCIONADOS

## **TARJETA PRG2**

1= UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO O UNA RECETA PARA UN MEDICAMENTO O PARA UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

2= UNA PRUEBA O UN EXAMEN MÉDICO RELACIONADO CON EL USO DE UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

3= CONSEJERÍA SOBRE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

4= CONSEJERÍA SOBRE LA ESTERILIZACIÓN

5= UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA O "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"

6= CONSEJERÍA O INFORMACIÓN SOBRE UN MEDICAMENTO ANTICONCEPTIVO DE EMERGENCIA O "LA PÍLDORA DEL DÍA SIGUIENTE"

7= UNA OPERACIÓN DE ESTERILIZACIÓN

8= NO HUBO NINGÚN MOMENTO EN QUE YO NECESITÉ ALGÚN SERVICIO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR Y NO PUDE OBTENERLO

9= OTRO

10=NINGUNO DE LOS MÉTODOS ARRIBA MENCIONADOS

## **TARJETA HTG1**

1=NO ES PROBABLE QUE HAYA SIDO EXPUESTO(A) AL VIH

2= NO SABÍA DÓNDE HACERME LA PRUEBA

3= TEMÍA PERDER EL TRABAJO, SEGURO, VIVIENDA, AMISTADES, FAMILIA, SI ALGUIEN SE ENTERARA QUE SOY POSITIVO(A) CON INFECCIÓN DE SIDA

4= ME HACEN LA PRUEBA COMO PARTE DE UNA DONACIÓN DE SANGRE

5= POR NINGUNA RAZÓN EN PARTICULAR

6= ALGUNA OTRA RAZÓN

## **TARJETA LIV1**

1=UNA CASA, UN “TOWNHOUSE” O UNA CASA MÓVIL

2=UN APARTAMENTO O UN CONDOMINIO

3=UNA HABITACIÓN QUE NO SEA UN HOTEL O MOTEL

4=UN ALBERGUE DE EMERGENCIA

5=UN ALBERGUE DE TRANSICIÓN QUE INCLUYE VIVIENDA DE TRANSICIÓN

6=UNA IGLESIA O UNA CAPILLA

7=UN EDIFICIO ABANDONADO

8=UN NEGOCIO O COMERCIO

9=UN AUTO U OTRO VEHÍCULO

10=EN LA PARTE EXTERIOR/DE AFUERA DE ALGÚN LUGAR

11=UN HOTEL O MOTEL (UN LUGAR CON HABITACIONES SEPARADAS QUE PAGA USTED MISMO)

12=UNA HABITACIÓN, APARTAMENTO O CASA DE UNA AMISTAD O DE UN FAMILIAR SIN PAGAR RENTA

13= ALGÚN OTRO LUGAR

## TARJETA INC1

Cuando conteste la siguiente pregunta, nos gustaría que:

- Incluya sus ingresos **MÁS** los ingresos de todos los miembros de la familia que viven en su hogar

- Incluya todos los tipos de ingreso, incluyendo:
  - Ingresos provenientes de manutención infantil o pensión alimenticia;
  - Ingresos por cobro de alquiler;
  - Dinero en efectivo proveniente de un programa de bienestar público a nivel estatal o del condado;
  - Ingresos por compensación A trabajadores ("Worker's compensation") o beneficios por desempleo (Unemployment);
  - Ingresos por pensión de jubilación o de sobreviviente; y
  - Ingresos provenientes de intereses o inversiones.